

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**O impacto da Perturbação de Personalidade
Borderline na decisão clínica e na relação com os
profissionais de saúde**

Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina

Joana Filipa Maurício Aldeias

Orientador: Prof. Doutor Samuel Pombo
Clínica Universitária de Psiquiatria

Director: Prof. Doutor Daniel Sampaio
Ano Lectivo 2015/2016

ÍNDICE

Resumo.....	3
Abstract.....	5
Abreviaturas e acrónimos.....	6
Introdução.....	7
Comportamentos Auto-Lesivos e Tentativas de Suicídio no Contexto dos Serviços de Saúde.....	10
Impacto do internamento no tratamento e prognóstico.....	12
Atitudes dos profissionais de saúde.....	15
Métodos.....	16
Resultados.....	17
Discussão e Conclusão.....	22
Agradecimentos.....	26
Referências Bibliográficas.....	27

RESUMO

Introdução: A perturbação de personalidade *borderline* (PPB) é das perturbações de personalidade mais comuns na prática clínica. É caracterizada por impulsividade, desregulação emocional, instabilidade das relações interpessoais e ideação suicida crónica. O comportamento dos pacientes com PPB constitui um desafio para os profissionais de saúde, afectando as suas percepções e atitudes quando interagem com este grupo de pacientes.

Objectivo: Esta revisão da literatura averiguou o impacto da PPB nos recursos humanos no sistema de saúde e avaliou particularmente as implicações clínicas e as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação aos pacientes com PPB.

Metódos: Foi realizada uma pesquisa literária nas bases de dados *Pubmed*, *PsychoInfo* e *B-on* e introduzidas as palavras-chave: "*borderline personality disorder*", "*health staff attitudes*", "*suicide*", "*self-mutilation*" e "*hospitalization*". Os artigos que abordavam a PPB e a comorbidade com perturbação bipolar ou outras perturbações psiquiátricas foram excluídos da análise.

Resultados: O diagnóstico de PPB influencia as percepções e reacções dos profissionais de saúde em relação aos pacientes, revelando mais atitudes negativas em comparação com pacientes com esquizofrenia ou depressão. Também exibem mais raiva e rejeição social, menos empatia e optimismo em relação aos pacientes com PPB. As relações difíceis com este grupo de pacientes leva a sentimentos de frustração e desesperança dos profissionais de saúde. A maioria dos profissionais inquiridos mostraram-se interessados em aprender mais sobre o tratamento destes pacientes.

Conclusões: Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais desenvolveu atitudes negativas, como menos optimismo e empatia, em consequência do comportamento dos pacientes com PPB. Os profissionais consideram que estes pacientes frequentemente recebem cuidados inadequados e expressam interesse em melhorar as suas capacidades e atitudes através da participação em *workshops* sobre PPB. Estudos futuros devem explorar as atitudes dos psiquiatras e a decisão clínica de internar.

Palavras-chave: Perturbação de personalidade *borderline*, internamento, atitudes dos profissionais de saúde, suicídio, auto-mutilação

ABSTRACT

Background: Borderline personality disorder (BPD) is one of the most common personality disorder in the clinical practice. It is characterized by impulsivity, emotional dysregulation, instability of interpersonal relationships and chronic suicidality. The behavior of BPD patients are a challenge for health staff, which affects their perceptions and attitudes when they interact with this group of patients.

Aims: This literature review examined the impact of BPD to human resources in health system and evaluated particularly the clinical implications and health staff attitudes and behaviors toward patients with BPD.

Methods: It was performed a literature research on the *Pubmed*, *PsychoInfo* and *B-on* databases and entered the keywords: "*borderline personality disorder*", "*health staff attitudes*", "*suicide*", "*self-mutilation*" and "*hospitalization*". Articles approaching BPD with comorbid bipolar disorder or other psychiatric disorders were excluded from the analysis.

Results: The BPD label influenced the health staff's perceptions and reactions toward patients, revealing more negative attitudes compared to a patient with schizophrenia or depression. They also exhibited more anger and social rejection, less empathy and optimism toward BPD patients. The difficult relationships with this group of patients may lead to health staff's frustration and hopelessness feelings. Most of the health professionals inquired were interested in learning more about the treatment of these patients.

Conclusions: Results show that the majority of the health professionals developed negative attitudes, such as less optimism and empathy, in consequence of BPD patients' behavior. Staff considered that these patients frequently receive inadequate care and expressed an interest in improving their skills and attitudes through the participation on workshops regarding BPD. Future studies should explore psychiatrists' attitudes and clinical decision of hospitalization.

Keywords: Borderline personality disorder, hospitalization, health staff attitudes, suicide, self-mutilation

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AAP - Associação Americana de Psiquiatria

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão)

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição)

PDM - Perturbação Depressiva Major

PPB - Perturbação de Personalidade *Borderline*

TCD- Terapia Comportamental Dialéctica

INTRODUÇÃO

A Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB) é das perturbações de personalidade mais comuns na prática clínica, surgindo em aproximadamente 2% da população em geral e em 20% dos doentes psiquiátricos [1]. Na clínica, cerca de 75% das pessoas com PPB são mulheres [1].

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a PPB é categorizada como Perturbação de Personalidade do Cluster B. É definida como "um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afectos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e que está presente numa variedade de contextos" [1]. Os critérios de diagnóstico de PPB incluem cinco ou mais dos seguintes:

- (1) esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado;
 - (2) um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
 - (3) perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo;
 - (4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente auto-destrutivas (p.ex: gastos excessivos, actividade sexual, abuso de substâncias, condução irresponsável, compulsão alimentar);
 - (5) recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante;
 - (6) instabilidade afectiva devida a uma acentuada reactividade de humor (p.ex: disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias);
 - (7) sentimentos crónicos de vazio;
 - (8) raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la;
 - (9) ideação paranóide transitória associada a stress ou sintomas dissociativos intensos
- [1].

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (WHO, 1992), a PPB é definida como Perturbação de Personalidade Emocionalmente Instável [2].

Os doentes com PPB constituem um desafio não só para os profissionais de saúde mental, mas também para todos os profissionais do sistema de saúde que têm de interagir com este funcionamento de personalidade. Geralmente, os profissionais de

saúde têm a percepção de que os pacientes com PPB são difíceis, irritantes, inoportunos, manipuladores e agem para chamar a atenção, gerando uma contra-atitude na relação do profissional de saúde com o doente, dificultando a interação entre ambos [3,4,5].

Esta reacção de contra-transferência¹ tem impacto em termos de adesão ao tratamento e internamento dos indivíduos com PPB. Tanto as atitudes afectivas (emocionais) como as atitudes cognitivas dos profissionais de saúde devem ser analisadas de forma a melhorar e ultrapassar algumas das dificuldades sentidas na interacção com os doentes com PPB [6].

A abordagem do doente com PPB em contexto de urgência hospitalar é crucial e por isso é essencial termos profissionais de saúde bem preparados para interagir com este grupo. A PPB está associada a um significativo risco de suicídio e outros comportamentos auto-lesivos, caracterizando-se por intensa desregulação emocional [3,6]. Como tal, o internamento destes doentes deve ser ponderado de forma racional, equacionando os benefícios e os riscos para o próprio [3,7]. Os doentes com PPB são utentes regulares dos serviços de urgência hospitalar e consomem elevados recursos a nível de cuidados de saúde [7,8,9,10,11]. Em termos profissionais, apresentam falta de produtividade, o que acarreta um grande consumo de recursos sociais [10,11].

Estima-se que esta perturbação de personalidade esteja presente em 30% dos indivíduos que cometem suicídio, em 40% dos indivíduos que fazem tentativas de suicídio e em 50% da população psiquiátrica que se suicida. A taxa de suicídio na PPB está estimada entre 8% e 10%, uma taxa muito superior à da população em geral [1,11,12,13]. Embora 60% a 70% dos doentes com PPB cometam tentativas de suicídio, são muito mais frequentes as tentativas sem sucesso, sendo menor o número de casos em que a tentativa de suicídio é consumada, devido a sentimentos de ambivalência (estes indivíduos não querem necessariamente morrer, querem alguém que assuma um papel de referência na sua vida) [12,14].

Estes indivíduos sentem que não vale a pena viver a vida a não ser que se sintam conectados a alguém que se preocupe com eles. No entanto, tem tendência a exigir níveis demasiado elevados de disponibilidade e validação a essa pessoa. Nas suas relações, a idealização inicial pode rapidamente mudar para desvalorização da pessoa de referência aquando da percepção de rejeição [11].

¹ Contra-transferência: processo da relação médico-doente, que diz respeito aos sentimentos/emoções que o médico experiencia na relação com o doente, em função das suas vivências passadas inconscientes [35].

Os pacientes com PPB têm uma baixa qualidade nas suas relações e são instáveis a nível profissional, verificando-se que mais de metade perderam o seu trabalho nos últimos 5 anos devido a problema de relacionamento interpessoal [15].

A terapia comportamental dialéctica (TCD) é uma técnica de psicoterapia que combina estratégias da terapia cognitivo-comportamental e treino de habilidades emocionais e sociais. Esta técnica tem vindo a mostrar-se eficaz no tratamento da PPB, promovendo a regulação emocional, melhoria dos relacionamentos interpessoais, tolerância à angústia e autocontrolo [16,17,18,19,20]. Geralmente, os pacientes com PPB foram expostos a ambientes invalidantes, onde a comunicação de experiências internas (emoções, ideias, sensações) não foram validadas, mas antes punidas, desconsideradas ou banalizadas. Como resposta a este ambiente, o indivíduo não consegue rotular as suas experiências e desenvolve demonstrações emocionais extremas. Os princípios básicos da TCD compreendem: *enhancement* da regulação emocional que envolve estar atento e aceitar as experiências emocionais, através da validação e *mindfulness* (atenção plena - estar no "aqui e agora"); desenvolver capacidade de tolerância à angústia, através de meditação/ técnicas de respiração e relaxamento; exposição aos estímulos que desencadeiam emoções negativas, contrariando comportamentos evitantes, criando novas experiências [16,17,20,21].

A TCD está associada a redução de 80 a 90% da necessidade de internamento, idas ao serviço de urgência e uso da medicação e redução de cerca de 50% das tentativas de suicídio e comportamentos auto-lesivos, além de uma melhoria geral no funcionamento [11,18,19,20].

Deste modo, é importante rever esta perturbação psiquiátrica, não só pela sua prevalência na clínica e barreiras que impõe aos profissionais de saúde em termos de atitudes e relações, mas também pelo impacto que tem a nível de gastos em cuidados de saúde e recursos sociais, uma vez que estes doentes são utilizadores recorrentes da urgência hospitalar, maioritariamente devido a tentativa de suicídio e comportamentos auto-lesivos [3,7,8,9,10]. Estima-se que em cerca de 9% dos casos de ida ao serviço de urgência psiquiátrica o diagnóstico é PPB [7].

COMPORTAMENTOS AUTO-LESIVOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os pacientes com PPB geralmente recorrem à urgência hospitalar, por iniciativa própria ou trazidos por terceiros, após tentativas de suicídio ou após comportamentos auto-lesivos deliberados. Estes episódios resultam numa permanência hospitalar, em média, de 6.3 dias por ano, e aproximadamente uma visita ao serviço de urgência em cada 2 anos. Estas taxas são 6 a 12 vezes superiores às dos pacientes com perturbação depressiva major (PDM) [11].

Os comportamentos auto-lesivos incluem comportamentos impulsivos potencialmente perigosos (p.ex: consumo excessivo de álcool, actividade sexual de alto risco), auto-lesivos deliberados (p.ex: cortes superficiais, queimaduras), tentativas de suicídio e suicídio consumado [12].

Os comportamentos auto-destrutivos dos doentes com PPB incluem duas formas: (1) tentativa de suicídio, que consiste num acto auto-destrutivo intencional que se acompanha pelo menos por uma intenção parcial de morrer, estando incluídos os gestos suicidas; (2) por outro lado, o comportamento auto-lesivo, como a auto-mutilação, que não tem intenção suicida [1,12,14].

Estima-se que cerca de 75% dos doentes com PPB fazem no mínimo uma tentativa de suicídio não-letal [12]. No entanto, é errado acreditar que um doente com PPB que apresente sobretudo comportamento auto-lesivo não apresenta risco de suicídio. Ambas as formas podem ocorrer no mesmo doente, ou seja, um doente com história de auto-mutilação, também pode tentar o suicídio. Sendo que se estima que a presença de comportamento auto-lesivo aumenta para o dobro o risco de suicídio nesse doente [12,14]. Na prática clínica diária, verificam-se actos de auto-mutilação em cerca de metade dos pacientes com PPB (maioritadamente, cortam-se) e quase 2/3 são internados pelo menos uma vez [15].

Constituem factores de risco para comportamento suicida em doentes com PPB, história prévia de tentativas de suicídio, perturbações do humor, sentimentos de desesperança, história familiar, abuso de substâncias, história de abuso sexual, elevada impulsividade e/ou traços antissociais [3,12].

Os gestos suicidas são mais frequentes do que as tentativas de suicídio. A forma mais comum de auto-mutilação dos doentes com PPB é "cortar-se" (80%). Outras formas de

apresentação são "equimoses" (24%), "queimaduras" (20%), "bater com a cabeça" (15%) e "mordeduras" (7%) [14].

A dor proveniente da auto-mutilação traz alívio ao indivíduo em estágio disfórico, mas não é habitualmente o principal objectivo [1,14]. Frequentemente, é uma forma de auto-punição, em que o indivíduo obtém alívio de um estado intolerável de sofrimento interior que inclui intensa vergonha, remorso, convicção de maldade e alienação. Pelo menos metade dos indivíduos com comportamentos auto-lesivos referem ausência de dor durante os episódios de auto-mutilação [14]. Não é necessário coexistir ideação suicida, sendo a auto-lesão descrita como um mecanismo de sobrevivência ou uma forma de gerir a angústia e o desespero [3]. Quando existe ideação suicida, esta torna-se, para os pacientes com PPB, um mecanismo de *coping* para distraí-los da insuportável dor emocional que experienciam [22].

Estes comportamentos frequentemente levantam preocupação sobre intenção ou planos suicidas, mas normalmente representam auto-punição ou uma forma de gerir os sentimentos e ocorrem muitas vezes em associação com intoxicação (ingestão medicamentosa voluntária) [11].

A impulsividade desempenha um papel importante no suicídio, nas tentativas de suicídio, nos comportamentos auto-lesivos e na instabilidade relacional [12,23]. Por isso, é importante que o médico seja capaz de reconhecer os sinais de alarme, não os menosprezando ou acreditando tratar-se apenas de "manipulação". Estando alerta para este sintoma comum e característico da PPB, o profissional de saúde contribuirá para melhorar o diagnóstico e tratamento, bem como ajudar a prevenir as tentativas de suicídio.

IMPACTO DO INTERNAMENTO NO TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

O internamento nos indivíduos com PPB é considerada um assunto de debate entre os clínicos e os investigadores deste campo. O internamento continua a ser um assunto não resolvido e as *guidelines* sobre quando internar alguém com PPB estão implementadas inconsistentemente [22].

Devido à natureza problemática da PPB, estes doentes não são reconhecidos como candidatos mandatórios ao internamento, especialmente internamentos de longa duração. Geralmente, são admitidos em caso de crise aguda e logo após a estabilização e ajuste terapêutico são redireccionados para comunidades terapêuticas [6,22].

A decisão inapropriada de internar um doente e a atribuição de traços negativos é mais relevante em doentes com PPB do que nos doentes com PDM [5].

Devido aos traços de personalidade destes indivíduos, a decisão de internar os pacientes com PPB não está completamente bem definida na literatura. Muitos acreditam que o internamento deve ser evitado, se possível, uma vez que interfere com a eficácia do tratamento, sendo preferível a permanência de um dia de tratamento intensivo no hospital ao invés de admissão no internamento a tempo completo [22,24,25]. Se for necessário, o internamento deverá ser breve e focado no objectivo de reduzir os sintomas relativos à crise [3]. A decisão de internar está associada a risco de suicídio, perigo para os outros, gravidade dos sintomas, dificuldade com auto-cuidado e falta de adesão ao tratamento [7]. Gabbard et al. (2001) [26] defende que quando um paciente está em risco de suicídio extremo, o internamento é necessário, mas a maioria dos pacientes com PPB podem ficar bem se forem integrados num programa estruturado envolvendo psicoterapia individual e de grupo e medicação, fora do internamento hospitalar. Gunderson et al. (2001) [14], embora não exclua a possibilidade de internamento, evita-a ao máximo, explicando aos doentes que a admissão hospitalar não será benéfica para os mesmos. Por outro lado as *guidelines* da Associação Americana de Psiquiatria (AAP) para o tratamento da BDP têm um ponto de vista diferente, considerando que o internamento está indicado quando a segurança do paciente está em grande risco, para estabilizar o doente e providenciar um ambiente seguro, embora a protecção associada ao internamento hospitalar seja frequentemente ilusória. Assim, a AAP recomenda internamento breve quando os pacientes constituem perigo iminente para outros, em caso de perda de controlo com impulsos suicidas ou tentativas de

suicídio sérias, episódios psicóticos e sintomas de gravidade suficiente que interfiram com o funcionamento do indivíduo [7,13]. Se as guidelines da APA fossem aplicadas, a maioria dos pacientes com PPB que recorrem à urgência seriam internados o que não acontece na prática [7]. Não está provado o valor do internamento na prevenção do suicídio, podendo produzir efeitos negativos e ser contra-terapêutico [16,22,24]. A admissão hospitalar apenas proporciona um alívio temporário, uma vez que os doentes com PPB continuam a ter ideias suicidas após a alta, evidenciando uma tendência para a recorrência dos internamentos. O padrão de ideação suicida crónica é bastante característica desta perturbação de personalidade [24,25]. E mesmo quando se opta pelo internamento, este grupo de pacientes divide os profissionais de saúde em relação à decisão sobre o momento certo para dar alta hospitalar. Se por um lado se acha que o paciente não está estável o suficiente para ter alta, continuando a haver perigo para a segurança do próprio, por outro lado há quem considere que o paciente é cronicamente instável e que não beneficiará do prolongamento do internamento [22].

Na maioria dos casos, chega-se à conclusão que o internamento do paciente é mais uma forma de tranquilizar a família, os amigos e o próprio terapeuta, uma vez que são eles que lidam directamente com toda a carga emocional que estes indivíduos acarretam através das ameaças de suicídio e da prática de auto-mutilação [22]. Geralmente, verifica-se que os indivíduos com PPB não se suicidam nos momentos em que fazem estes alertas, mas sim quando percebem que não conseguem recuperar ou após uma série de tratamentos sem sucesso terapêutico [24]. O receio de tomar a decisão errada, aterroriza aqueles que tentam apoiar e ajudar a pessoa em crise. Os familiares ficam desesperados, preocupados com a situação e muitos acabam por entrar em *burnout* por sentirem que não conseguem ajudar. Por isso, o internamento é visto como uma forma de protecção e segurança, ainda que seja falsa, uma vez que não há estudos que demonstrem que os pacientes estejam mais seguros durante o internamento. Além de que, ser demasiado cauteloso e preocupado em relação ao risco de suicídio do paciente, promove uma via de recompensa - o paciente percebe que comportamentos suicidas levam a cuidados extraordinários por parte dos profissionais e familiares, encarando como uma recompensa, o que o incentiva a manter este padrão [22,24]. Por outro lado, o potencial disruptivo destes pacientes no internamento também pode contribuir para a decisão de não internar [7].

Desta forma, considera-se um método de tratamento mais eficaz o internamento parcial em regime de hospital de dia [19,22,24,25]. Neste contexto, reduzimos as

desvantagens de um doente com internamento a tempo completo, minimizando as alterações da rotina diária do doente, ao mesmo tempo que é proporcionado apoio especializado e tratamento intensivo por uma equipa multidisciplinar experiente [22,24,25]. De acordo com o estudo de Bateman & Fonagy (2003) [8] verifica-se uma considerável redução de custos quando se opta pelo tratamento em internamento parcial em hospital de dia, uma vez que reduz os gastos associados à recorrência destes doentes aos serviços de urgências e respectivos tratamentos em internamento. No entanto, há a considerar a duração dos programas neste tipo de comunidades terapêuticas. Há necessidade de encontrar equilíbrio da duração destes programas, dadas as dificuldades dos pacientes com PPB em se desconectarem das pessoas com quem estabelecem um elo de ligação.

Os pacientes com PPB vêm com ambivalência o controlo das suas emoções. Se por um lado, sentem-se zangados pelas restrições da sua liberdade aquando do internamento nos serviços psiquiátricos, por outro lado, sentem-se seguros quando as suas emoções estão controladas, devido à existência de uma boa relação terapêutica. Verificou-se que não era o internamento hospitalar que dava segurança ao doente, mas sim a qualidade das relações estabelecidas com os profissionais de saúde nesse internamento, fazendo os pacientes sentirem-se parte integrante do processo de decisão [27]. Desta forma, entende-se que o internamento não deverá ser usado para controlar o comportamento auto-lesivo, podendo ter inclusivamente um efeito contra-terapêutico, ao reforçar sentimentos de desamparo, regressão, retirando ao paciente a capacidade e competência de decidir sobre ele mesmo. Neste sentido, a negociação do internamento de curta duração poderá ser uma boa solução [3,16].

ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

É de conhecimento geral que as atitudes dos profissionais de saúde têm impacto no tratamento e prognóstico dos doentes. Nos pacientes com PPB, em particular, que recorrem com uma grande frequência aos serviços de urgência, torna-se ainda mais importante avaliar as atitudes dos profissionais de saúde neste contexto. Os pacientes referem ter experienciado diversas vezes atitudes negativas por parte das equipas médicas e de enfermagem [27].

As crises recorrentes, a volatilidade emocional e o comportamento auto-lesivo, que caracterizam os indivíduos com PPB, são frequentemente vistos pelos profissionais da área de saúde como episódios intencionais e manipuladores e não como sinais de doença, levando a respostas menos empáticas [6,11,27]. Estes indivíduos têm a tendência a gerar fortes emoções de "contra-transferência" e até conflitos entre os profissionais de saúde de uma equipa [4,22,27].

Durante o tratamento, os indivíduos com PPB frequentemente experienciam uma reacção emocional em relação aos profissionais baseada em impulsos e sentimentos inconscientes. No fundo, o paciente experiencia sentimentos intensos, como amor, ódio, raiva e medo, e quando estabelece a relação com o profissional de saúde transfere esses sentimentos para a mesma - processo de transferência. Como resultado, pode igualmente haver intensas reacções emocionais por parte dos profissionais como resposta à interacção com o doente - processo de contra-transferência. Esta afecta o processo de tratamento do doente porque destrói a relação terapêutica devido ao envolvimento de sentimentos que a distorcem [22].

Em suma, esta revisão pretende averiguar o impacto que a PPB tem para os recursos humanos na área da saúde, focando-se especificamente na avaliação das implicações clínicas e das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde na relação com os pacientes com PPB.

MÉTODOS

Para a elaboração deste artigo de revisão foi realizada uma pesquisa literária nas bases de dados *Pubmed*, *PsychoInfo* e *B-on*. Foram pesquisados termos como "*borderline personality disorder*", "*health staff attitudes*", "*suicide*", "*self-mutilation*" e "*hospitalization*". Não foi imposta nenhuma limitação no que diz respeito à data dos artigos pesquisados devido à limitada investigação nesta área. Em relação a estudos que avaliavam as atitudes dos profissionais de saúde também foram incluídos os com amostras de menores dimensões devido ao reduzido número de estudos com amostras de maiores dimensões. Não foi imposta restrição à proveniência dos doentes que participaram nos estudos, não sendo tido em conta a sua nacionalidade, nem se o doente estava em ambulatório, hospital de dia, internamento em hospital geral ou psiquiátrico. Foram excluídos artigos que relacionavam a PPB com perturbação afectiva bipolar ou outras perturbações psiquiátricas concomitantes.

RESULTADOS

Nesta revisão literária, consideramos oito estudos relativos à avaliação das atitudes dos profissionais de saúde em relação aos indivíduos com diagnóstico de PPB. As características desses estudos estão representados na Tabela 1.

Atitudes dos profissionais na PPB vs outros diagnósticos

O rótulo de perturbação de personalidade *borderline* afecta a percepção que os profissionais de saúde têm sobre o comportamento destes pacientes [6,28,29]. Este grupo provoca mais respostas negativas do que os pacientes diagnosticados com esquizofrenia ou depressão. Verificou-se igualmente menos simpatia e optimismo em relação a estes pacientes. Os profissionais classificaram as suas experiências como mais negativas quando lidam com PPB do que quando trabalham com pacientes com diagnóstico de depressão ou esquizofrenia [28,29,30].

Os profissionais consideram que os pacientes com PPB têm controlo sobre os seus comportamentos negativos, considerando que essas atitudes têm causa interna, ou seja, atribuem à pessoa a responsabilidade por esses comportamentos [6,12,28]. Desta forma, os profissionais tendem a ser menos simpáticos e optimistas com estes pacientes por não acreditarem na possibilidade de mudança destes. Contrastando com os pacientes com depressão ou esquizofrenia, em que os profissionais são tendencialmente mais simpáticos e optimistas, por considerarem que o comportamento destes é explicado por uma causa externa, ou seja, não atribuem à pessoa a capacidade de controlo dos seus comportamentos negativos [6,28].

Os profissionais consideram que os pacientes com PPB têm mais controlo sobre os seus comportamentos negativos, o que faz com que demonstrem menos empatia e mais raiva para com este grupo, por atribuírem a causa de não adesão à terapia a factores controláveis [28,31].

Forsyth et al. (2007) [31] verificou que os profissionais têm mais tendência a prestar ajuda e a mostrar empatia na presença de factores controláveis e estáveis, que dificultem a adesão à terapêutica. Como tal, têm mais dificuldade em ajudar e serem empáticos, mostrando mais raiva com os pacientes diagnosticados com PPB do que os com PDM [28].

Rejeição social e percepção de perigosidade na PPB

Os enfermeiros expressam menos rejeição social em relação aos pacientes com depressão ou esquizofrenia e consideram-nos menos perigosos do que os pacientes com PPB. Os profissionais também se mostram menos otimistas, revelando experiências negativas com este grupo de pacientes. Ao contrário dos auxiliares de enfermagem que não diferenciam em termos de perigosidade os pacientes com PPB dos com esquizofrenia, os enfermeiros consideram os pacientes com PPB mais perigosos, aumentando o distanciamento social [29].

As reacções negativas causadas pelo rótulo psiquiátrico de PPB levam a que os pacientes adotem comportamentos ainda mais desviantes, exacerbando o nível de rejeição social. Tanto o comportamento desviante dos pacientes como a atribuição de um rótulo psiquiátrico são importantes para determinar as respostas da sociedade. Há relação entre a rejeição social e a percepção de perigosidade destes pacientes, ou seja, quando um paciente é considerado perigoso mais provavelmente será rejeitado socialmente. A percepção do prognóstico também influencia o estigma, pois quanto pior o prognóstico do paciente, maior será o estigma associado [29].

Não há estudos que explorem se os pacientes com PPB são ou não mais violentos do que os com esquizofrenia. Contudo, estes pacientes são tendencialmente mais perigosos para os próprios do que para terceiros.

Percepções e atitudes negativas

A interacção dos enfermeiros com os pacientes é extremamente difícil e desagradável, uma vez que estes sentem que são demonizados, manipulados e ameaçados por este grupo, que é caracterizado como "uma força poderosa, perigosa, implacável e imparável, que deixa um rasto de destruição no seu caminho". A equipa sente que não é capaz de ajudar este grupo de pessoas, o que gera um sentimento de frustração, desenvolvendo percepções e reacções negativas [4,6].

Os profissionais que trabalham com este grupo de pacientes tendem a experienciar fortes sentimentos de responsabilidade, pelo que quando os pacientes não recuperam como esperado isso desperta nos profissionais reacções emocionais negativas como desesperança e raiva [4,28,29].

Os indivíduos com PPB tendem a provocar divisão do grupo de trabalho de profissionais envolvidos, ao desencadearem reacções antagonistas, fazendo com que os profissionais se sintam manipulados, usados e desvalorizados [4,22]. Frequentemente estes pacientes ameaçam fazer mal aos próprios e a terceiros, o que cria um enorme stress nos profissionais [4].

Os psicólogos emitem menos julgamentos antagonistas do que os enfermeiros e os psiquiatras, enquanto os enfermeiros mostram menos empatia que os psicólogos e os psiquiatras [6].

Comparando um grupo de enfermeiros a trabalhar em hospitais psiquiátricos públicos com outro grupo a trabalhar em clínicas psiquiátricas de hospitais gerais, verificou-se não haver diferenças importantes entre os dois grupos no que diz respeito às atitudes, conhecimento e experiência com os pacientes com PPB [32].

Foi estabelecida uma correlação entre o número de pacientes com PPB tratados e as atitudes negativas dos profissionais. Os enfermeiros apresentam uma correlação positiva, ou seja, quanto maior o número de pacientes com PPB com que lidam, mais atitudes negativas demonstram. Enquanto os outros profissionais (psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais) apresentam uma correlação negativa, isto é, evidenciam menos atitudes negativas, quanto maior for o número de pacientes com PPB que já trataram [5].

Optimismo na interacção com a PPB

A literatura sugere que os profissionais que trabalham com estes pacientes apresentam baixos níveis de optimismo, decorrente das experiências negativas que vivenciam aquando da interacção com este grupo [28,29].

No entanto, outros estudos revelaram-se mais optimistas no que diz respeito às atitudes dos profissionais de saúde. No estudo de Cleary et al. (2002) [30], embora considerem que interagir com este grupo de pacientes é mais difícil do que com outros grupos, a maioria dos profissionais de saúde mental inquiridos acreditam que têm um papel na avaliação, gestão e encaminhamento dos pacientes com PPB, assim como em educar e fornecer informação. Resultados semelhantes foram obtidos por James & Cowman (2007) [33], sugerindo um aumento do optimismo em relação aos pacientes com PPB, porque os profissionais parecem começar a encarar este grupo como passível de tratar e portanto sendo possível haver uma melhoria.

Treino e supervisão da equipa de profissionais

Apesar de a maioria dos profissionais de saúde mental inquiridos por Cleary et al. (2002) [30], acreditar estar bem informado e sentir-se confiante para tratar estes pacientes, considera que os cuidados recebidos são inadequados e mostra um grande interesse em adquirir mais educação e treino na área, através da realização de workshops. Outros estudos apresentaram resultados semelhantes, revelando que a maioria dos profissionais inquiridos refere que a falha na sua formação referente à PPB conduz a dificuldades nos cuidados prestados, pelo que reconhecem a necessidade de aprendizagem nesta área e mostram-se interessados [5,6,32,33].

O facto dos profissionais reconhecerem a existência e eficácia da TCD e não terem formação na área também poderá contribuir para a sensação de incapacidade e falta de confiança em trabalhar com estes pacientes. Para que a formação dos enfermeiros nesta área seja eficaz, não basta o treino, é necessário supervisão regular, abrindo espaço ao processamento das experiências desagradáveis e minimizar o *burnout*, assim como avaliar os processos internos e como estes afectam quer o paciente quer a equipa de trabalho [4].

O treino e supervisão dos métodos terapêuticos aplicados são importantes para capacitar os profissionais para ultrapassar as percepções e respostas emocionais negativas e efectivamente conseguir trabalhar com este grupo de pacientes [6,28,29,33].

Tabela 1 – Sumário dos artigos incluídos na revisão da literatura

População				
Estudo País	Fonte	Género e Idade da Amostra	Profissão	Resultados
Bodner et al. (2015) Israel	710 profissionais de 4 hospitais psiquiátricos	Apenas 689 responderam 440 mulheres 249 homens Idade média 44.62 (SD = 9.78)	167 Psiquiatras 162 Psicólogos 100 Assistentes sociais 262 Enfermeiros	Os enfermeiros revelam mais atitudes cognitivas negativas (antagonismo) e menos empatia
Gianoulli (2009) Grécia	127 profissionais de 2 hospitais psiquiátricos e 2 clínicas psiquiátricas de hospitais gerais	Apenas 69 responderam 48 mulheres 21 homens	Enfermeiros	Não se confirmou que os enfermeiros dos hospitais psiquiátricos tenham mais atitudes negativas com os doentes com PPB do que os enfermeiros dos hospitais gerais

Woollaston & Hixenbaugh (2008) UK	6 profissionais	4 homens 2 mulheres Idades 20-40 A	Enfermeiros	As atitudes negativas dos profissionais parecem relacionar-se com a sensação de incapacidade de lidar com os doentes com PPB.
Forsyth (2007) UK	120 profissionais de 1 <i>Mental Health Trust</i>	Apenas 26 responderam Idade média 38.9	14 profissionais de saúde mental 9 da equipa de suporte 3 não se identificaram	Os profissionais mostram mais raiva, menos empatia e são menos prestáveis a doentes com PPB quando comparado com PDM
James & Cowman (2007) Irlanda	157 profissionais	Apenas 65 responderam 21 homens 44 mulheres	Enfermeiros	Os profissionais vêem os pacientes com PPB como um grupo difícil de cuidar, considerando os cuidados prestados inadequados. Optimismo em relação à eficácia do tratamento
Markham & Trower (2003) UK	50 profissionais de 1 <i>Mental Health Trust (in-patient facilities)</i>	Apenas 48 responderam 33 mulheres 12 homens 3 não identificaram Idade média 38 (SD = 9.3)	Enfermeiros	Os profissionais têm mais atitudes e experiências negativas, menos simpatia e menos optimismo em pacientes com PPB quando comparado com o diagnóstico de PDM ou esquizofrenia.
Markham (2003) UK	71 profissionais	47 mulheres 18 homens 6 não identificaram	50 Enfermeiros 21 Auxiliares de Enfermagem	Expressam menos optimismo, mais rejeição social e consideram mais perigosos os pacientes com PPB que os com PDM ou esquizofrenia. Os auxiliares não fizeram distinção entre PPB e esquizofrenia em termos de rejeição social e perigosidade.
Cleary et al. (2002) Austrália	516 profissionais - 127 hospital psiquiátrico - 51 centro de saúde - 37 serviço de psiquiatria de hospital geral - 14 Outros	Apenas 229 responderam 106 homens 123 mulheres	152 Enfermeiros 35 Psiquiatras 15 Psicólogos 18 Assistentes sociais 9 Outros	A maioria dos profissionais tiveram contacto com pacientes com PPB e consideram ter dificuldade moderada a elevada em lidar com eles. Sentem que têm um papel na avaliação, gestão e encaminhamento destes pacientes, desejando ter mais treino e supervisão.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os pacientes com PPB são definidos pela desregulação emocional (tendência para a irracionalidade face a emoções fortes, com decréscimo do nível de funcionamento), intensa dor emocional ou disforia, experienciando sentimentos de depressão, desadequação, desespero, ansiedade, raiva e vitimização [34].

Os pacientes com PPB constituem um desafio para o sistema de saúde por diversas razões, incluindo a frequente inexistência ou parco desenvolvimento de serviços especializados para estes pacientes com equipas preparadas do ponto de vista técnico para lidar com este grupo e as suas particularidades, os quais frequentemente recorrem aos serviços de saúde.

É importante que os profissionais compreendam o risco que um paciente com PPB comporta em termos de risco de suicídio e que não menosprezem os sinais por acreditarem tratar-se de mera manipulação. A impulsividade e a desregulação emocional são características da PPB que devem ser bem geridas neste contexto. De igual forma, os comportamentos auto-lesivos como a auto-mutilação são muito frequentes nestes pacientes e tem de ser tidos em conta.

Com esta revisão pretendeu-se dar resposta a algumas das principais questões que se colocam mais recentemente na literatura acerca da Perturbação de Personalidade *Borderline*, nomeadamente no que diz respeito às atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde mental, respectivas medidas a implementar para melhorar, impacto no prognóstico e decisão ou não de internar.

Relativamente à decisão de internar os pacientes com PPB, continua a ser um assunto de discussão, dada a natureza problemática deste grupo. Por um lado, conclui-se que o internamento deve ser evitado ao máximo e caso seja necessária deverá optar-se por um internamento de curta duração. No entanto, os critérios que devem levar o clínico a decidir pelo internamento não estão bem definidos e geram controvérsia entre os profissionais. Devido à hipersensibilidade à rejeição e receio de abandono, este grupo de pacientes torna-se vulnerável nas relações que estabelece com os profissionais da equipa. Considera-se que o internamento parcial em hospital de dia é a melhor opção em termos de custo-benefício.

Concluiu-se que os profissionais de saúde parecem exibir um grande distanciamento social em relação aos pacientes com PPB quando comparado com pacientes com outros

diagnósticos psiquiátricos como PDM ou esquizofrenia [29,31]. A dificuldade em aceitar que os pacientes com PPB têm doença mental e que os seus comportamentos desafiadores, como auto-mutilação e raiva intensa, fazem parte da sua condição psiquiátrica, faz com que os profissionais de saúde tenham atitudes mais negativas (menos empatia) com os pacientes. Os estudos de Markham & Trower (2003) [28] e Forsyth (2007) [31] suportam estas conclusões, afirmando que os profissionais encaram os comportamentos dos pacientes com PPB como deliberados, provocando um distanciamento e rejeição social. Woollaston & Hixenbaugh (2008) [4] refere que os pacientes com PPB causam discórdia entre os profissionais de saúde, levando a reacções de transferência e contra-transferência, que culminam na rejeição destes pacientes, que são considerados perigosos devido aos seus actos agressivos em relação a eles próprios e aos outros. No entanto, deve-se ressaltar o facto deste estudo ter uma amostra muito reduzida (n=6).

A maioria da literatura mostra que os profissionais de saúde têm percepção e atitudes negativas em relação aos pacientes com PPB, considerando-os manipuladores e desonestos, não encarando o seu comportamento como parte da doença, visão esta que inevitavelmente influencia a prática e qualidade de cuidados prestados pelos profissionais a este grupo. [4,5,28,31] Desta forma, os níveis de optimismo dos profissionais são baixos, devido à sensação de incapacidade de lidar e ajudar estes indivíduos [4,29].

A contrariar os estudos anteriormente mencionados, os estudos de Cleary et al. (2002) [30] e James & Cowman (2007) [33] revelam atitudes positivas, sugerindo optimismo por parte dos profissionais em relação aos pacientes com PPB, por começarem a vê-los como um grupo potencialmente tratável.

Transversalmente a todos os estudos incluídos nesta revisão, verifica-se a importância e necessidade de mais treino e supervisão dos profissionais de saúde, que beneficiariam de workshops para desenvolver as suas capacidades de interacção com os pacientes com PPB.

Poder-se-ão realizar workshops que visem desenvolver capacidades para gerir a situação, ensinando estratégias para aumentar a empatia e estabelecer uma relação mais harmoniosa com este grupo de doentes.

Houve algumas dificuldades no que diz respeito ao estabelecimento da qualidade dos estudos incluídos. A maioria das amostras dos estudos eram pequenas (variando entre 6 e 689 profissionais), com uma taxa de resposta aos inquéritos não completamente

satisfatória, não sendo representativa da população de profissionais que lidam com os doentes com PPB. Desta forma, devemos ser cautelosos e não generalizar estes resultados relativos às atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde. Apenas os estudos de Bodner (2015) [5], Forsyth (2007) [31] e Cleary et al. (2002) [30] inquiriram grupos de profissionais de saúde de diferentes áreas, enquanto os restantes estudos apenas inquiriram enfermeiros. Isto tem impacto nos resultados pela natureza do trabalho desempenhado pelos enfermeiros, que são o elemento da equipa com um maior contacto diário com os doentes.

Nesta revisão podemos ainda apontar outras limitações dos estudos incluídos. Uma das grandes limitações é o facto de os profissionais poderem inconscientemente adaptar as suas respostas às questões colocadas, de forma a responder de acordo com o que se espera de um profissional de saúde mental, não fornecendo as suas verdadeiras percepções e atitudes face ao grupo em questão.

Os resultados obtidos por Cleary et al. (2002) [30] e James & Cowman (2007) [33] não são consistentes com a literatura no que se refere às atitudes dos profissionais em relação à PPB, que na generalidade são comumente atitudes negativas. A discrepância verificada pode ser justificada pelo facto de James & Cowman (2007) [33] ter utilizado e aplicado o inquérito de Cleary et al. (2002) [30], que pode induzir os inquiridos a discutir o assunto de forma abstrata, não mencionando directamente o seu comportamento. Os enfermeiros podem saber na teoria que o seu papel é cuidar destes pacientes, mas na prática não o conseguir aplicar, demonstrando grandes dificuldades na interacção com este grupo.

Com esta revisão da literatura, avaliámos as percepções e reacções dos profissionais de saúde mental em relação aos pacientes com PPB, verificando-se que os enfermeiros foram o grupo mais estudado. Em estudos futuros, seria interessante abordar outros grupos profissionais, especialmente os psiquiatras, no que diz respeito às atitudes e comportamentos. De uma forma geral, as amostras dos estudos eram pequenas e usaram metodologias muito diferentes, pelo que seria importante tentar realizar estudos com amostras maiores e uniformizar a metodologia.

Mais investigação no que diz respeito ao real perigo que os pacientes com PPB constituem em comparação com pacientes com outros diagnósticos poderia ser útil para estabelecer se a visão dos profissionais têm base de sustentação ou baseia-se simplesmente em puros estereótipos [29].

Dada a discordância no que diz respeito à decisão de internar dos pacientes com PPB, poder-se-ia investigar os factores que influenciam a decisão dos clínicos em internar ou não estes indivíduos quando recorrem à urgência psiquiátrica [7].

Em suma, os pacientes com PPB pelas suas características de impulsividade, instabilidade emocional, receio real ou imaginado de abandono, constituem um grupo desafiador para os profissionais de saúde mental, que os consideram manipuladores e difíceis em termos de interacção e tratamento. Por isso, a maioria dos profissionais desenvolve atitudes negativas (menos empatia, menos optimismo, considerando-os mais perigosos do que outros pacientes) em resultado de experiências negativas, afectando os cuidados prestados e o prognóstico destes pacientes. A recorrência aos serviços de urgência por comportamentos auto-destrutivos é uma situação que merece um olhar compreensivo por parte dos profissionais, devendo ser enquadrado no contexto desta perturbação de personalidade. A maior parte da literatura aponta para o internamento em regime parcial como melhor opção neste grupo, contudo mais estudos devem ser realizados para compreender as vantagens e desvantagens desta decisão em termos de prognóstico e risco de recorrência. A apontar a importância da formação dos profissionais na área, nomeadamente em técnicas de TCD, com subsequente supervisão, de modo a não só capacitá-los e diminuir o *burnout* na sequência da interacção com os pacientes com PPB, como também para melhorar o prognóstico deste grupo. Seria importante avaliar o impacto desta formação específica nas atitudes dos profissionais e se efectivamente beneficia o tratamento dos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Prof. Doutor Samuel Pombo pela orientação, disponibilidade, dedicação e confiança prestadas ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Docente nas áreas disciplinares de Psicologia Clínica, Saúde Mental e Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, nas quais desenvolvi o meu interesse por esta área.

Agradeço ao Prof. Doutor Daniel Sampaio, Director da Clínica Universitária de Psiquiatria por aceitar a minha candidatura à realização do Trabalho Final de Mestrado em Medicina na área da Saúde Mental.

Agradeço aos meus pais pelo enorme apoio, força e dedicação. Expresso um agradecimento especial aos meus colegas e amigos, em particular à Marta e à Raquel pela amizade, paciência, coragem e motivação que me dedicaram ao longo do meu percurso.

A todos os que, em algum momento, cruzaram a minha vida académica, seja professores, colegas de trabalho e doentes que de alguma forma, contribuíram para a minha formação e aquisição de experiência e que fomentaram o gosto pela área da Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Association: Washington DC.
- [2] WHO (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, Geneva.
- [3] Koehne K, Sands N. (2008) Borderline personality disorder - An overview for emergency clinicians. *Australasian Emergency Nursing Journal* 11:173-177
- [4] Woollaston K, Hixenbaugh P. (2008) 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15: 703-709
- [5] Bodner E, Cohen-Fridel S, Mashiah M, Segal M, Grinshpoon A, Fischel T, Iancu I (2015) The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* 15:2
- [6] Bodner E, Cohen-Fridel S, Iancu I. (2011) Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 52:548-555
- [7] Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, Ginés JM, Gurrea A, Martín-Santos R, Garcia-Ribera C, Pérez V, Bulbena A. (2007) Hospitalization and Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services* 58: 1199-1204
- [8] Bateman A, Fonagy P. (2003) Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization Versus General Psychiatric Care. *American Journal of Psychiatry* 160:169-171
- [9] van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. (2007) The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in PPB-patients. *European Psychiatry* 22: 354-361
- [10] Soeteman DI, Roijen LH, Verheul R, Busschbach JJV. (2008) The Economic Burden of Personality Disorders in Mental Health Care. *Journal of Clinical Psychiatry* 69: 259-265
- [11] Gunderson JG. (2011) Borderline Personality Disorder. *The New England Journal of Medicine* 364:2037-2042

- [12] Oldham JM. (2006) Borderline Personality Disorder and Suicidality. *The American Journal of Psychiatry* 163: 20-26
- [13] American Psychiatric Association (2010) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/PPB.pdf
- [14] Gunderson JG, Ridolfi ME. (2001) Borderline Personality Disorder. Suicidality and Self-Mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences* 932: 61-73 [discussion: 73-77]
- [15] Conklin CZ, Westen D. (2005) Borderline Personality Disorder in Clinical Practice. *The American Journal of Psychiatry* 162:867-875
- [16] Linehan MM. (1993) Cognitive Behavior Treatment for Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.
- [17] Linehan MM, Tuteck DA, Heard HL, Armstrong HE. (1994) Interpersonal outcome of cognitive behavioral therapy for chronically suicidal borderline patients. *The American Journal of Psychiatry* 151:1771-1776
- [18] Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim, N. (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63:757-766
- [19] Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. (2004) Borderline Personality Disorder. *Lancet* 364:453-461
- [20] Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltsberger JT. (2011) Common Factors in Empirically Supported Treatments of Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports* 13:60-68
- [21] McMain S, Korman LM, Dimeff L. (2001) Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation. *Journal of Clinical Psychology* 57: 183-196
- [22] Friedman FB. (2008) Borderline Personality Disorder and Hospitalization. *Social Work in Mental Health*, 6 (1-2): 67-84
- [23] Gross R, Olfson M, Gameraff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Lantigua R, Weissman MM. (2002) Borderline Personality Disorder in Primary Care 162:53-60
- [24] Paris J. (2004) Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorder* 18:240-247

- [25] Paris J. (2006) Managing Suicidality in Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Times*. Consultado em 31 Janeiro de 2016. Disponível em: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/managing-suicidality-patients-borderline-personality-disorder>
- [26] Gabbard G, Kay J. (2001) The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry* 158: 1956-1963
- [27] Fallon P. (2003) Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatry services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10:393-400
- [28] Markham D, Trower P (2003) The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology* 42: 243-256
- [29] Markham D. (2003) Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health* 12, 6: 595-612
- [30] Cleary M, Siegfried N, Walter G. (2002) Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 11: 186-191
- [31] Forsyth A. (2007) The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14: 33-40
- [32] Giannouli H, Perogamvros L, Berk A, Svigos A, Vaslamatzis G (2009) Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16: 481-487
- [33] James PD, Cowman S. (2007) Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14: 670-678
- [34] Shedler J, Westen D. (2004) Refining Personality Disorder Diagnosis: Integrating Science and Practice. *American Journal of Psychiatry* 161:1350-1365.
- [35] Sadock and Sadock. (2003) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.